

## 緊急連絡表

|        |                    |  |                      |     |     |  |
|--------|--------------------|--|----------------------|-----|-----|--|
| 園児について | クラス名               | 園児名  | 生年月日                 | 性別  | 平熱  |  |
|        |                    | フリガナ   |                      | 男・女 | °C  |  |
|        | 住所                 | 〒  | 自宅電話 ( )             |     |     |  |
|        | かかりつけ病院<br>(内科、外科) | 内科:<br>外科:                                   | 病院電話 ( )<br>病院電話 ( ) |     |     |  |
|        | 特記すべき体質            |  |                      |     |     |  |
| 保護者    | 続柄                 | 氏名   | 勤務先                  | 電話  |     |  |
|        | 父                  | フリガナ   |                      | 勤務先 | ( ) |  |
|        | 母                  | フリガナ   |                      | 携帯  | ( ) |  |
| 連絡優先順位 | 第一位                | ※氏名の上にフリガナもお願いします<br>フリガナ<br>氏名 (続柄) 電話: ( ) |                      |     |     |  |
|        | 第二位                | フリガナ<br>氏名 (続柄) 電話: ( )                      |                      |     |     |  |
|        | 第三位                | フリガナ<br>氏名 (続柄) 電話: ( )                      |                      |     |     |  |
|        | 第四位                | フリガナ<br>氏名 (続柄) 電話: ( )                      |                      |     |     |  |

※下記に健康保険証のコピーの添付及び承諾書に記入・捺印をお願いいたします。

**健康保険の資格証・乳児医療証のコピーを  
ここに添付してください。**

### 承諾証

#### 保育中のけが・病気について

園内において、怪我、発熱により医師の治療が必要と思われる場合、保護者に連絡し指示を受けるよう努力しますが、連絡がつかない場合、園側の判断において園のかかりつけの病院・医院等にて受診の上、担当医師に治療を依頼することを承諾します。

西暦 20 年 月 日

園児名

保護者 親権者(父)  
住所

保護者 親権者(母)  
住所

氏名

氏名